

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1980 - N° 428

**DES REINTERVENTIONS
POUR SCIATIQUES D'ORIGINE DISCALE.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 30 Octobre 1980
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Patrick PERICHAUD

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon

né le 27 Mai 1952

à MADAGASCAR

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1980 - N° 428

**DES REINTERVENTIONS
POUR SCIATIQUES D'ORIGINE DISCALE.**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 30 Octobre 1980
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Patrick PERICHAUD

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon

né le 27 Mai 1952

à MADAGASCAR

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDICINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1980 - N° 428

DES REINTERVENTIONS
POUR SCIATIQUES D'ORIGINE DISCALE.



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 30 Octobre 1980
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Patrick PERICHAUD

André Elève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon

né le 27 Mai 1952

à MADAGASCAR

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

LYON I.

Président honoraire : M. le Professeur J. BOIDIN.

Président : M. le Professeur D. GERMAIN.

Premier Vice-Président : M. le Professeur M. DUFAY.

Deuxième Vice-Président : M. J.C. DUPLAN, M.A.

Troisième Vice-Président : Melle ECHALLON, étudiante.

Secrétaire Général de l'Université : M. J. RAMBAUD, Administrateur Civil.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE (U.E.R.)

U.E.R. de Médecine GRANGE-BLANCHE

M. le Professeur Paul ZECH

U.E.R. de Médecine ALEXIS-CARREL

M. le Professeur René MORNEUX

U.E.R. de Médecine LYON-NORD

M. Yves MINAIRE, M.C.A.

U.E.R. de Médecine LYON-SUD

M. le Professeur Jean NORMAND

U.E.R. Faculté de Pharmacie

M. le Professeur C.A. BIZOLLON

U.E.R. de Techniques de Réadaptation

M. le Professeur Alain MORGON

U.E.R. de Biologie Humaine

M. Jean-Pierre REVILLARD, M.C.A.

U.E.R. E.P.S.

M. Albert MILLON, Prof. d'E.P.S.

U.E.R. Faculté d'Odontologie de Lyon

M. le Professeur Jean PARRET

U.E.R. de Mathématiques

M. le Professeur Philippe PICARD

U.E.R. de Physique

M. le Professeur Jean DELMAU

U.E.R. de Chimie et Biochimie

Madame Annick VARAGNAT, M.A.

U.E.R. des Sciences de la Nature

M. le Professeur Yves LEMOIGNE

U.E.R. de Sciences Physiologiques

Melle le Professeur J.F. WORBE

U.E.R. de Physique Nucléaire

M. le Professeur Mark GUSAKOW

I.U.T. I

M. le Professeur Albert VILLE

I.U.T. II

M. J. GALLET, Directeur ENSAM

Observatoire de Lyon

M. G. MONNET, Astronome Adjoint

U.E.R. de Mécanique

Melle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur J. LECUIRE

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. BOUVIER

Monsieur le Professeur DESCOS

Monsieur le Docteur R. DERUTY
Maitre de Conférence Agrégé

Monsieur le Docteur M. DESGEORGES
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce.

A mes Parents,

qu'ils trouvent dans ce travail, le témoignage de mon
affectueuse reconnaissance.

A mon frère, le Docteur Jacques PERICHAUD,

Chirurgien des Hôpitaux.

A mon frère, Alain PERICHAUD,

Maitre assistant, attaché à
la faculté d'Aix-Marseille

A ma soeur, Madame Jocelyne LALLIER

je leur dois beaucoup ;
en témoignage de toute mon affection

A toute ma famille,

A tous mes amis.

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur J. LECUIRE

Au cours du semestre passé dans son service, nous avons admiré ses profondes qualités humaines et apprécié l'intérêt qu'il manifeste à ses élèves.

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir juger notre travail.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur M. BOUVIER

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

Monsieur le Professeur L. DESCOS

Nous avons été touché par la cordialité de son accueil, nous lui sommes très reconnaissants d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur le Docteur R. DERUTY

Maître de Conférence Agrégé

Il a accepté avec beaucoup de gentillesse de nous juger ; nous lui exprimons ici notre sympathie.

Monsieur le Docteur M. DESGEORGES
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Chef de Service.

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse.
Nous avons eu la chance de passer une année dans son
service, durant laquelle nous avons pu apprécier ses
qualités humaines et intellectuelles.
Qu'il trouve ici l'assurance de notre estime et de
notre reconnaissance.

A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail :

à Monsieur le Docteur B. LERICHE
Neuro-Chirurgien des Hôpitaux des Armées
Chef du service adjoint

Il nous a soutenu au cours de ce travail.

Nous avons été très sensibles à sa constante disponibilité.

Ses nombreux conseils nous ont été particulièrement précieux pour l'élaboration de ce travail.

Nous lui exprimons ici, toute notre sympathie et notre admiration.

à Monsieur le Docteur P. JOURDAN
Médecin des Armées
Assistant de Neuro-Chirurgie

Qu'il veuille bien accepter nos remerciements pour la gentillesse et l'amabilité qu'il nous a témoignées.

à Monsieur le Docteur M. BOUCETTA
Médecin Capitaine
des Forces Armées Royales du Maroc
Assistant de Neuro-chirurgie

Qu'il trouve ici le témoignage de notre fidèle amitié.

à toute l'équipe de Neuro-Chirurgie
du Val-de-Grâce

qu'elle soit assurée de notre gratitude et de notre
souvenir.

A nos Maîtres des Hôpitaux Civils de Lyon

A l'encadrement de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon

Au Service de Santé des Armées

Nous avons prêté le serment de le servir avec honneur et
fidélité.

Nous ne manquerons pas à notre devoir, et tâcherons d'être
digne de la confiance qu'il nous accorde.

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur J. THALABARD

Commandant l'Ecole du Service de Santé des Armées
de Lyon

A Monsieur le Médecin en Chef B. MUREAU

Commandant en Second de l'Ecole du Service de Santé
des Armées de Lyon.

A Monsieur le Médecin Général THOMAS

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Médecin Chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées
du Val-de-Grâce.

DES REINTERVENTIONS POUR SCIATIQUES
D' ORIGINE DISCALE

Cette étude porte sur les Interventions
effectuées de 1965 à 1979, dans le ser-
vice de Neuro-Chirurgie- VAL DE GRACE -
Professeur Agrégé Michel DESGEORGES -

PLAN DE LA THESE

INTRODUCTION

CHAPITRE I - Etude de la population

A - Méthode de travail

Matériel d'étude

B - La population de référence

Etude Statistique

C - Etude des récidives

Approche statistique

CHAPITRE II - Etude Analytique des Réinterventions

A - Analyse des Observations de Réinterventions

B - Résultats de l'Etude Analytique

C - Résultats des Réinterventions

CHAPITRE III- Conclusions des Etudes Statistiques et Analytiques

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

La place de la chirurgie dans le traitement des sciatiques par hernie discale est actuellement codifiée à tel point qu'il n'est pas nécessaire d'en rappeler les indications. La résistance au traitement médical constitue, en fait, le seul élément dont l'appréciation est subjective, ce qui explique les différentes modalités de recours à cette solution radicale. En revanche, lorsqu'il s'agit de proposer une réintervention pour récurrence, les réticences apparaissent, tant de la part des patients que de la part du corps médical.

L'incidence de la "récurrence" en ce qu'elle a de "mal vécu", grève effectivement lourdement cette chirurgie de la douleur : la réintervention n'apparaît que comme mal nécessaire, sanction d'une intervention initiale mal conduite, injustifiée voire aggravante. Cette appréciation, qui peut paraître excessive, se concrétise parfois par l'évocation de la récurrence avant même que soit réalisée une intervention pour sciatique hyperalgique rebelle...

Nous avons repris les dossiers de 86 interventions pour sciatique au sein d'une population de 884 malades. L'étude de cette population, rendue relativement homogène par nos modalités de recrutement, nous permet de dégager certaines conclusions qui ne minimisent pas l'incidence des réinterventions mais la précisent.

Nous avons exclu de cette étude les réinterventions intervenant dans un délai inférieur à 10 jours et proposées pour complications post-opératoires (hématome compressif, sepsis). Quant à l'emploi du terme de "récurrence", nous avons considéré qu'il était consacré par

l'usage, de la part des patients, dès lors que la douleur sciatique ne disparaissait pas ou réapparaissait, quelque soit le délai, le trajet douloureux ipsi ou controlatéral. Nous verrons pourtant qu'il s'agit rarement de récurrence vraie de hernie discale opérée mais le plus souvent de l'apparition ou de la révélation secondaire d'une atteinte à un autre niveau. Cette étude concerne donc 86 réinterventions (82 possèdent des dossiers parfaitement exploitables) assimilées, par les patients, à d'authentiques récurrences.

C H A P I T R E I

Etude de la population

A - METHODE DE TRAVAIL
MATERIEL D'ETUDE

Le recensement des protocoles opératoires de la période 1965 - 1979, a permis d'extraire 958 interventions pour pathologie discale lombaire. 86 de ces interventions ont été pratiquées pour "récidive", dont 59 effectuées, lors de la première intervention, dans le service de Neuro-Chirurgie du Val-de-Grâce, par la même équipe. 27 réinterventions concernaient en revanche des malades initialement traités dans d'autres formations hospitalières.

Placés comme observateurs dans le service de neuro-chirurgie, nous avons pu être en rapport privilégié :

- avec médecins spécialistes de Rhumatologie qui adressent régulièrement leurs patients,
- avec les membres de l'équipe neuro-chirurgicale : ceci nous a permis de bénéficier de commentaires éclairés face à des compte-rendus opératoires parfois peu explicites.
- avec certains malades enfin, qui ont pu nous faire bénéficier de leur impression subjective personnelle.

Le recrutement des malades présente certaines particularités en rapport avec la fonction de soins prioritaires de l'H.I.A. du Val-de-Grâce, vis à vis de la population militaire. Cette population est apparue :

- homogène : sujets jeunes, de sexe masculin en majorité, ayant une activité professionnelle aux importantes contraintes physiques (pilotes d'aéronefs, parachutistes). La proportion des sujets très sportifs est notable.
- fidèle : les Hôpitaux Militaires intervenant dans la détermination des aptitudes à l'activité professionnelle, la fidélité est un gage de sécurité pour le patient, le contrat thérapeutique étant le plus souvent assorti d'un contrat d'aptitude.
- représentative : En effet, le seul service de Neurochirurgie du Service de Santé des Armées reçoit la majorité des sciaticques par hernie discale de cette population. Parallèlement, les membres de l'équipe soignant sont stables, et durant la période d'étude, les protocoles techniques et les indications n'ont pas subis de variations majeures.

Nous pouvons donc espérer une valeur représentative à cette étude rétrospective.

Comme pour toute étude de ce type, nous avons dû limiter notre ambition aux dossiers suffisamment exploitables : notre travail a été grandement facilité par l'existence de dossiers bien archivés, à Paris ainsi qu'à Limoges (S.A.M.A) où nous avons dû nous rendre pour l'exploitation des dossiers antérieurs à 1970. Ces dossiers sont tous dactylographiés ; les examens paracliniques y sont reportés avec précision, ainsi que les appréciations des opérateurs lors des consultations régulières.

B - LA POPULATION DE REFERENCE ETUDE STATISTIQUE

La population de référence est constituée de 884 malades pour lesquels nous avons analysé quatre paramètres : âge, sexe, profession, niveau d'intervention.

1°) - Données concernant le sexe :

sur 884 malades = 762 hommes : 86 %

122 femmes : 14 %

Proportion parfaitement expliquée par le type de recrutement des patients ; l'étude statistique moyenne concernant la névralgie sciatique fait état de 65 à 70 % d'hommes pour 30 à 35 % de femmes (BELLAVOIR).

2°) - Données concernant l'âge :

Ce paramètre n'a pu être apprécié que 828 fois -

* 18 opérés (2,2 %) avaient moins de 20 ans (16 hommes et 2 femmes)

* 26 % avaient entre 20 et 29 ans (94 % d'hommes et 0,06 % de femmes)

* 34 % soit 286 opérés avaient entre 30 et 39 ans. La proportion d'hommes est alors moins forte que dans la tranche d'âge précédente.

* 25 %, soit 21 opérés, avaient entre 40 et 49 ans
avec une proportion de 82 % d'hommes.

* 10 %, soit 83 malades, avaient entre 50 et 59 ans.

La proportion de la population masculine baisse, car
n'est plus que de 80 %.

* 2,8 %, soit 24 opérés, avaient plus de 60 ans.

La majorité des opérés (60 %) se trouve dans la tranche d'âge
30 - 49 ans. Cette notion est classique, comparable aux conclusions
de la série de BELLAVOIR, qui concernait 641 malades civils. Seule
diffère la répartition de la population féminine dont le faible pour-
centage ne permet, en fin de compte, aucune appréciation objective.

3°) - Données concernant la profession :

Nous avons choisi de répartir notre population de référé-
rence en deux catégories :

- les patients exerçant des activités de service aux
importantes contraintes physiques (parachutistes, pilotes
d'hélicoptères, commandos, unités opérationnelles...)
- les patients exerçant un emploi sédentaire ou sans emploi
et qui n'ont pas fait part de pratique sportive soutenue.

865 malades ont pu être répartis dans ces deux catégories,
19 dossiers ne mentionnant pas malheureusement cette donnée importante.

- . 587 opérés exerçaient une activité soumettant de façon habituelle leur colonne à des efforts importants = 68 %
 - . 278, à l'opposé, exerçaient un emploi sédentaire et avouaient leur inactivité physique habituelle = 32 %
- La très grande majorité des femmes (71 %) se retrouvant dans cette catégorie.

4°) - Données concernant le niveau d'intervention :

Cinq observations ne mentionnent pas avec précision le niveau de la première intervention. Il s'agit de malades opérés hors de l'Hôpital Militaire, pour lesquels nous n'avons pas de compte-rendu opératoire et dont les stigmates radiographiques sont si minimes que rien ne permet de suspecter le niveau opératoire.

Les 879 dossiers restants sont ainsi répartis :

- 429 (49 %) interventions concernent le disque L5 SI
 - dont - 244 du côté gauche
 - 169 du côté droit
 - 16 bilatérales
- 419 (48 %) interventions concernent le disque L4 L5
 - dont - 221 du côté gauche
 - 169 du côté droit
 - 29 bilatérales
- 11 (1,2 %) concernent le disque L3 L4
- 2 (0,2 %) concernent le disque L2 L3

- 5 (0,6 %) concernent les deux disques L4 L5 et L5 S1
- 13 (1,3 %) interventions enfin, sont des laminectomies isolées sans geste discal.

Le nombre un peu plus élevé de hernie discale L5 S1 est retrouvé dans la plupart des études statistiques récentes (BELLAVOIR - THIRY).

C- LA P O P U L A T I O N D E S R E I N T E R V E N T I O N S E T U D E S T A T I S T I Q U E

Cette approche concerne 86 dossiers de réinterventions dont 59 sont de malades initialement opérés par la même équipe.

L'analyse de cette série sera faite par rapport à la population de référence.

1°) - Données étiologiques :

a - Sexe :

86 réinterventions :

:	:	:	:		
:	Réinterventions	%	:	Population de référence	:
:	:	:	:	:	:
:	77 hommes	89	:	86 %	:
:	:	:	:	:	:
:	9 femmes	11	:	14 %	:
:	:	:	:	:	:

Proportion sensiblement superposable à la population de référence.

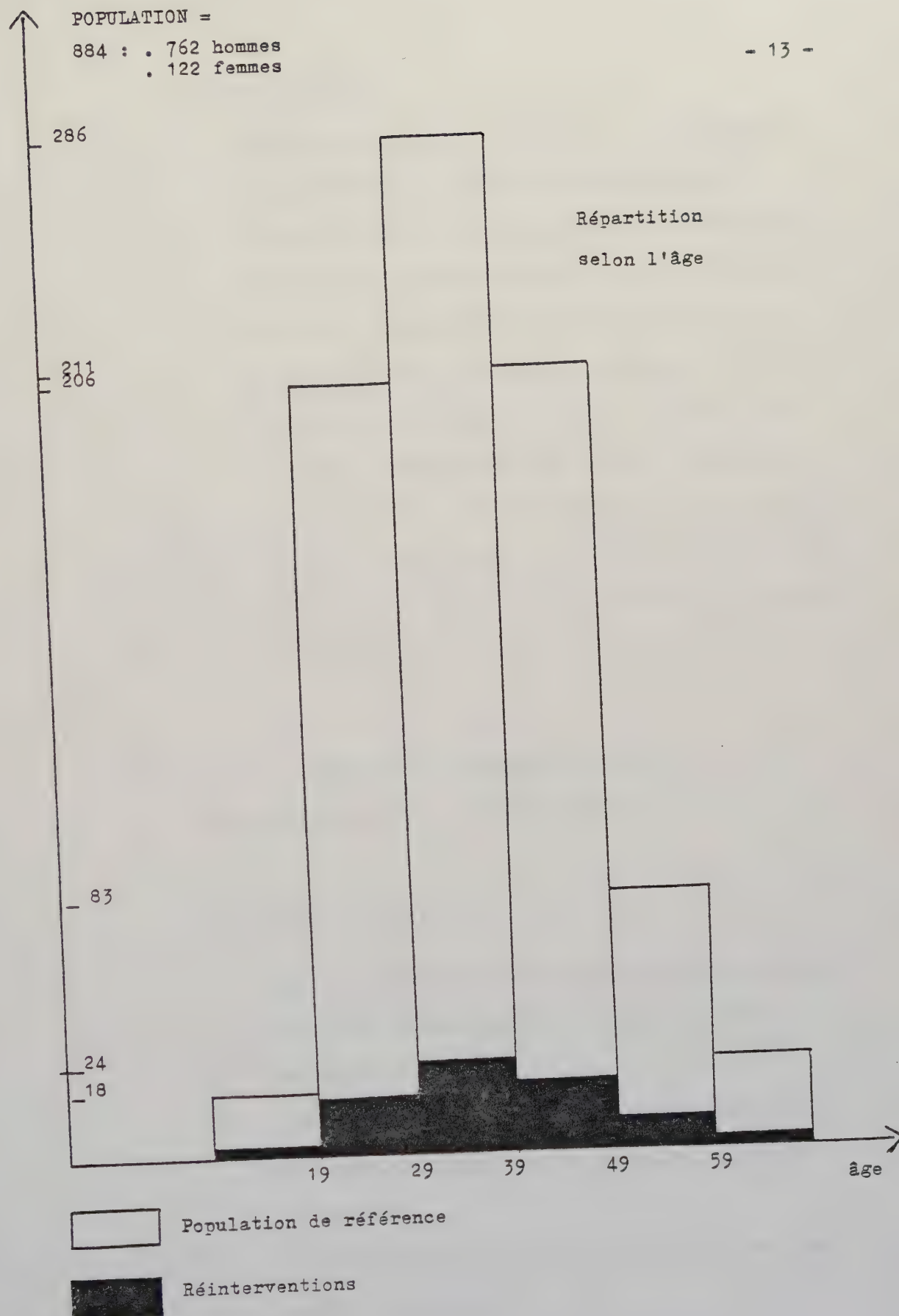
b - Age :

Le diagramme ci-joint montre que les tranches d'âge de réinterventions sont superposables à celles de la population de référence. Le pic de fréquence se trouve dans la tranche 40-49 ans et non dans la tranche 30-39 ans; décalage s'expliquant par le temps de latence moyen entre les deux interventions. (10)

POPULATION =

884 : . 762 hommes
. 122 femmes

- 13 -



L'absence de précision à propos de certaines observations ne nous a pas permis de tirer des conclusions de l'examen neurologique de chaque malade.

b - Examen paraclinique :

50 saccoradiculographies ont pu être objectivement analysées, concernant la 1ère intervention.

- Dans 40 cas, la hernie discale était, d'emblée, affirmée, totalement isolée, sans mention de canal lombaire étroit associé ou de discopathie à un étage sus ou sous-jacent.

- Chez 8 malades, la hernie discale était soupçonnée sans que soient retrouvés les signes typiques d'amputation ou de refoulement radiculaire.

- 2 saccoradiculographies comportaient une série de clichés inexploitablement, radiographiquement, pour affirmer le niveau lésionnel précis (clichés tronqués avec anomalie transitionnelle).

Aucun des 86 malades réopérés, ultérieurement, n'a bénéficié initialement d'examens phlébographiques ou de myélographie gazeuse.



En résumé, ces 50 saccoradiculographies exploitables ont conduit à proposer dans la majorité des cas, d'emblée, une intervention relativement limitée : ceci à propos d'une hernie discale affirmée cliniquement et confirmée radiographiquement.

c - La première intervention :

59 protocoles concernant ces 86 malades, sont pratiquement exploitables :

* durée de la symptomatologie pré-opératoire :

- . inférieure à 6 mois = 31
- . comprise entre 6 mois et 2 ans = 9
- . comprise entre 2 et 5 ans = 6
- . supérieure à 5 ans = 7

33 observations ne précisant pas le délai pré-opératoire.

* topographie opératoire :

- . 38 interventions ont porté sur la racine S1
 - + 15 fois à droite
 - + 21 fois à gauche
 - + 2 fois des deux côtés.

- . 40 interventions ont porté sur la racine L5
 - + 21 fois à droite
 - + 16 fois à gauche
 - + 3 fois des deux côtés.
- . 1 intervention concernait les deux étages
L4 L5 et L5 S1.

* abord chirurgical :

L'abord chirurgical a comporté :

- . 45 voies interlamaires, avec excision isolée du ligament jaune, ou, plus souvent, résection du bord inférieur de la lame sus-jacente à l'étage exploré
- . 4 voies interlamaires bilatérales
- . 11 laminectomies d'emblée, de la 5ème vertèbre lombaire permettant le repérage plus facile des racines L5 ou l'exploration des deux étages.
- . 4 voies élargies, associant à la laminectomie une résection partielle des massifs articulaires "apparaissant proéminents" sans que le diagnostic de canal lombaire étroit ne soit évoqué.

- . 22 abords ne sont pas précisés sur les compte-rendus

* constatations opératoires :

Nous nous sommes attachés à reprendre les termes-mêmes des opérateurs, appréciables dans les 59 observations de première main :

- . 39 fois, l'opérateur a constaté une hernie discale indiscutable, qualifiée de "magnifique" voire "monstrueuse", souvent exclue ou en voie d'exclusion.
- . 13 fois, l'opérateur signale une hernie discale sans qualificatif, et mentionne la nécessité d'ouvrir le ligament commun vertébral postérieur (L.C.V.P.).
- . 4 malades ont subi l'ablation d'une "petite hernie discale" ayant nécessité l'ouverture du L.C.V.P. sans que soit mentionnée la consistance du disque ôté.
- . 3 malades ont été simplement explorés sans que soit fait mention de l'exérèse d'une hernie discale. Ces cas correspondent aux saccoradiculographies douteuses ou inexploitable.

* Résultat immédiat :

Apprécié chez 65 malades, il comporte les qualificatifs de :

- Bon = 57 fois
- Mauvais = 8 fois
- Aggravé = 1 fois.

3°) - La Réintervention :

Analyse statistique . A propos de 82 observations exploitables.

Nous avons exclu de cette étude les réinterventions très précoces pour évacuation d'hématomes ou sepsis. Les circonstances de réapparition de la symptomatologie douloureuse sont très différentes selon les cas.

* la notion majeure apparaissant est celle d'intervalle libre, différenciant deux groupes fondamentalement opposés :

- les sciaticques persistantes (SICARD) : 39 observations
- les sciaticques réapparues selon l'appréciation subjective des malades : 43 observations.

* Tous ces malades ont subi une saccoradiculographie avant la réintervention :

- 52 fois, la saccoradiculographie a objectivé une lésion mécaniquement indiscutable.

- 30 fois, les conclusions sont douteuses, franchement insuffisantes : imprécision dans le libellé des compte-rendus, défauts techniques, ou surtout images "parasites" d'arachnoïdite post-opératoire.
 - quelques malades ont subi, récemment, des phlébographies lombaires. Le caractère récent de cet examen ne permet pas d'en tirer des conclusions statistiques.
 - aucune discographie n'a été pratiquée.
- * Le délai entre les deux interventions varie de quelques jours à 10 ans :
- délai de 10 jours à 1 an : 22 cas = précoce
 - délai semitardif de 1 à 5 ans : 30 cas
 - délai tardif de 5 à 10 ans : 16 cas
 - délai éloigné, supérieur à 10 ans : 14 cas
- * Le protocole opératoire de la réintervention :
- 28 fois, l'intervention a porté sur le disque L5 S1
 - . S1 droite : 16 dont 6 avec laminectomie de L5
 - . S1 gauche : 10 dont 4 avec laminectomie de L5 et 2 avec laminectomie de L4 et L5

- . S1 bilatérale : 2 dont 1 avec laminectomie de L5
- 33 fois, la réintervention a porté sur le disque L4 L5
 - . L5 droite : 21 dont 13 avec laminectomie de L5
 - . L5 gauche : 11 dont 6 avec laminectomie de L5
 - . L5 bilatérale : 1 avec laminectomie de L5
- 2 fois, la réintervention a porté sur le disque L3 L4
 - . L4 droite : 1 avec laminectomie de L5
 - . L4 gauche : 1
- 15 fois, la laminectomie a été isolée :
 - . Vertèbre L5 : 8
 - . Vertèbre L4 : 1
 - . Vertèbre L3 et L4 : 1
 - . Vertèbre L4 et L5 : 3
 - . Vertèbre L3, L4 et L5 : 2
- 4 fois enfin, le compte-rendu fait état d'arachnoïdite (2 observations), de fibrose périurale (1 observation) et d'ostéophytose marginale postérieure avec dilatation variqueuse majeure (1 observation).

* Résultats après intervention :

Les résultats ont été classés en trois catégories dont nous préciserons les caractères dans le chapitre suivant.

- résultat fonctionnel bon : 64
- résultat fonctionnel moyen avec reprise de
l'activité professionnelle : 14
- résultat mauvais, voire aggravation : 4

C H A P I T R E I I

Etude Analytique des Réinterventions

A - A N A L Y S E D E S O B S E R V A T I O N S D E R E I N T E R V E N T I O N S

Complétant l'étude statistique, nous avons procédé à une étude analytique, cas par cas, des observations des malades réopérés. Ceci afin d'apprécier le suivi de chaque dossier et les éléments qui auraient pu inciter à prévoir cette réintervention. Nous avons, pour cette analyse, bénéficié de l'apport "critique" des opérateurs concernant leurs propres observations.

Tous ces malades ont parlé de "récidives", quelque soit le délai entre les deux interventions. Nous ne relaterons pas les observations intégrales des 86 malades concernés par les réinterventions, mais, grâce à des exemples très spécifiques, nous essayerons de définir les différentes évolutions les plus caractéristiques, avec commentaires.

* OBSERVATION 1 :

. Monsieur TUP..., 37 ans, militaire d'Active, Adjudant-Chef d'une spécialité aux contraintes physiques importantes.

. Hospitalisé à l'H.I.A. du Val-de-Grâce en Mai 1969 pour traitement d'une sciatique gauche trainante et rebelle, évoluant depuis six mois. L'examen clinique met en évidence une sciatique de type SI gauche typique, avec Lasègue à 40°. L'aréflexie achilléenne est le

élément de l'examen neurologique objectif.

Absence d'antécédent lombalgique. Le mode de début, brutal, à l'occasion d'un faux mouvement, avec sciatalgie immédiate, est fort évocateur d'une hernie discale.

. La saccoradiculographie met en évidence une petite hernie discale L5 S1 gauche, amputant la racine S1.

. L'intervention pratiquée le 2 juin 1969 (Dr T...) découvre par voie interlaminaire, une "magnifique hernie discale" n'ayant pas rompu le L.C.V.P. Les suites opératoires sont excellentes. Le lever précoce autorisé avec disparition totale du syndrome sciatalgique. La reprise du service est autorisée le 31 juillet 1969, et la reprise des activités sportives, parachutisme inclus, fin Novembre 1969.

. Réapparition d'une sciatalgie gauche en Juin 1975, de type L5 avec paresthésies du dos du pied, sans déficit moteur. Le Lassègue est à 45°. Le réflexe achilléen gauche est présent.

. La saccoradiculographie permet de mettre en évidence une hernie discale tout-à-fait typique L4 L5, latéralisée à gauche, amputant la racine L5. La racine S1 homolatérale est mal visualisée.

- . 2ème intervention réalisée le 4 juillet 1975
(Pr. D...) par voie interlamolamaire, avec toutefois résection du tiers inférieur de la lame de L5 et du tiers supérieur de L4, permet d'extraire une "volumineuse hernie discale, exclue", en partie migrée vers le trou de conjugaison. Après excision du disque, une foraminotomie est pratiquée.
- . Les suites opératoires sont excellentes, avec récupération immédiate du déficit sensitif et reprise de l'activité professionnelle normale le 1er septembre 1975.
- . Depuis le patient va bien, sans lombalgie ; il exerce actuellement un emploi sédentaire conforme à son ancienneté, sans avoir abandonné une activité sportive à titre personnel.

Commentaires :

Cette observation relate de façon précise une nouvelle pathologie à un autre étage. La hernie discale L5 S1 opérée, a eu des suites parfaites autorisant la reprise de l'action professionnelle sans réserve. La "récidive", pour reprendre les termes-mêmes du patient, survenue six ans plus tard, concerne en fait l'étage sus-jacent L4 L5, alors que rien ne le laissait prévoir sur la première saccoradiculographie. Il s'agit là, d'une pathologie particulièrement fréquente : 22 observations de ce type sur les 82 examinées, sont conformes à ce schéma :

- hernie discale typique
- intervalle libre asymptomatique de 1 à plus de 10 ans
- nouvelle hernie discale à un autre étage.

Ce 1er groupe pour lequel les opérateurs sont réintervenues concerne 22 malades, soit :

- . 26 % des réinterventions
- . et 2,4 % de la population de référence.

Les résultats en sont, en général et à long terme, excellents, avec absence de handicap professionnel.

* OBSERVATION 2 :

Monsieur GRO..., 32 ans, caporal-chef, pompier, hospitalisé le 12 août 1968 pour lombosciatalgie droite évoluant depuis deux mois. Douleur très vive irradiant jusqu'au tiers inférieur de jambe, sans qu'il soit possible d'affirmer la topographie radiculaire précise. Néanmoins, l'examen neurologique objectif permet de noter un très discret déficit moteur du releveur du gros orteil droit. Le signe de Lassègue apparaît à 45°. Cet épisode sciatalgique a été précédé de lombalgies intermittentes mais invalidantes, suite à un lumbago aigu d'effort, survenu cinq ans auparavant.

. Le traitement médical et le repos s'avérant inefficaces, une saccoradiculographie est pratiquée le 30 août : hernie discale L4 L5 amputant nettement la racine L5 droite et comprimant, dans le sac dural, la racine S1.

. Intervention le 12 septembre 1968 (Pr B...)

"mise à nu de la racine L5 droite par voie interlaminaire. Il existe une hernie discale luxée sous le L.C.V.P. en arrière du corps de la 5ème vertèbre lombaire". Incision. Curetage et fermeture plan par plan sans drainage.

. Les suites opératoires sont extrêmement simples avec disparition immédiate de la douleur sciatique. Lever le lendemain de l'intervention. Reprise de l'activité professionnelle (Service Incendie) le 1er décembre 1968.

. Monsieur GRO.. est revu en consultation en

Avril 1971, pour lombalgies évoluant depuis un mois : le traitement médical et quelques séances de rééducation entraînent la sédation très facilement.

. Le 6 avril 1973, Monsieur GRO... est réhospitalisé pour lumbago aigu survenu le jour-même à l'occasion d'un effort de soulèvement ; l'examen clinique est normal en-dehors d'une importante raideur lombaire. L'évolution est favora-

ble en quelques jours.

. Le 12 septembre 1978 : réhospitalisation pour sciatalgie gauche de type L5 ; l'échec du traitement médical conduit à pratiquer une nouvelle saccoradiculographie : "interruption de la colonne en regard du disque L4 L5, évoquant une volumineuse hernie discale exclue".

. 2ème intervention : e 18 septembre 1978

(Pr. D...) : "abord bilatéral des lames de L5 Laminectomie complète de L5. On repère alors la racine L5 gauche qui est complètement engainée par un énorme fragment discal complètement exclu. Ablation en bloc de ce fragment. Repérage du disque. On complète le curetage du disque précédemment cureté par la droite il y a 10 ans. Foraminostomie de L5 gauche. Libération de la racine L5 droite. Il n'y a pas de fragment discal à ce niveau. Fermeture plan par plan sur drainage aspiratif".

. Les suites opératoires sont tout-à-fait satisfaisantes. La douleur disparaît totalement tant en ce qui concerne la sciatalgie que les lombalgies. La reprise du travail est effectuée deux mois plus tard, et le service "Incendie" que ce Sapeur-Pompier exerce maintenant en secteur privé, peut être repris sans réserve.

. Nous l'avons revu deux fois depuis 1978 :
résultat malgré quelques lombalgies lors
des épreuves "d'agrès" que l'intéressé s'ac-
corde parfois.

Commentaires :

Cette observation objective une véritable
"récidive" au même étage, du côté opposé.

Nous avons retrouvé ce type d'observations,
13 fois : soit =

- . 15 % du nombre des réinterventions
- . et 1,4 % de la population de référence.

A quelques variantes près, concernant les
modalités de reprise de l'activité professionnelle, ainsi que la
durée de la rééducation, les résultats fonctionnels sont bons.

Ce 2ème groupe, se schématise ainsi :

- hernie discale typique
- intervalle libre asymptomatique de 1 à 10 ans
- récidive de hernie discale au même étage mais du côté opposé.

* OBSERVATION 3 :

Monsieur GAS..., 37 ans, gendarme de brigade.

- . Hospitalisé le 3 avril 1969 pour névralgie
sciatique droite évoluant depuis quatre mois

sur fond de lombalgies chroniques. L'examen clinique objective une sciatalgie de type S1 droite avec aréflexie achilléenne, sans autres signes d'atteinte neurologique déficitaire. Le signe de Lassègue est à 40°. Le caractère trainant de cette sciatique, malgré les traitements médicaux mis en oeuvre, conduit à pratiquer une sacroradiculographie qui met en évidence "une hernie discale typique L5 S1. A noter l'existence de dilatations ampullaires des gaines radiculaires".

. L'intervention, pratiquée le 8 avril 1969

(Dr T...) permet d'aborder la racine S1 droite par voie interlamolaire et de découvrir une "belle hernie discale" sous-ligamentaire. L'incision du L.C.V.P. permet l'ablation de la hernie et l'excision du disque pratiquement déshabité. Fermeture plan par plan sans drainage.

. Les suites opératoires sont extrêmement simples. Le lever est effectué au 5ème jour. La reprise du service s'effectue, sans réserves, en Juillet 1969.

. Le patient est revu régulièrement jusqu'en

1975, époque à laquelle il accuse de nouveau quelques lombalgies et une sciatalgie droite de courte durée et spontanément résolutive.

Quelques mois plus tard, en Avril 1976, un nou-

vel épisode de sciatique droite non résolutif conduit à l'hospitalisation. La symptomatologie est très typique, absolument identique à l'épisode initial qui avait précédé la première intervention.

Le caractère rebelle de la douleur justifie une saccoradiculographie le 5 mai 1976 : "très belle petite récurrence de hernie discale".

. 2ème intervention le 10 mai 1976 (Pr D...)

"Abord bilatéral de la lame de L5. On sacrifie une partie de l'épineuse de L5 S1 pour avoir un jour suffisant sur le ligament jaune restant à gauche. On commence par ouvrir le ligament jaune L5 S1 par la gauche, car à droite il existe un tissu fibreux, d'autre part, en progressant de proche en proche, on libère le fourreau dural, ce qui permet d'atteindre l'espace droit. On découvre alors, en profondeur, après une minutieuse dissection, la racine S1 droite tendue, et entourée par un fragment discal. Ablation de celui-ci, on retrouve l'espace L5 S1 antérieurement cureté et qui est légèrement productif. On libère la racine par foraminostomie. Fermeture des plans musculaires, fermeture cutanée en deux plans".

. Les suites opératoires sont très simples sur

le plan de la sciatalgie qui a disparu totalement. Malheureusement, la sortie est retardée par une phlébite surale.

. Reprise du service le 1er août 1976. Ce malade est régulièrement suivi depuis, mais devient, depuis quelques mois, lombalgique.

Commentaires :

Nous avons retrouvé ce type d'observation 8 fois. Là encore, il s'agit d'une véritable récurrence, causée par la libération secondaire d'un fragment discal, malgré l'excision lors de la 1ère intervention.

Ce 3ème groupe de réintervention, est analogue au groupe précédent ; il se schématise ainsi :

- hernie discale typique
- intervalle asymptotique de 1 an à plus de 10 ans
- récurrence de hernie discale au même étage et du même côté

Ce groupe de 8 malades présente :

- . 9 % du nombre des réinterventions
- . et 0,9 % de la population de référence.

Les suites opératoires sont simples et le résultat fonctionnel satisfaisant chez ces huit patients qui, tous, ont repris leur activité professionnelle antérieure.

* OBSERVATION 4 :

. Monsieur LEJ..., 34 ans, sergent, infirmier militaire, est admis le 17 avril 1979 à l'H.I.A. du Val-de-Grâce, pour traitement d'une sciatique L5 droite rebelle et trainante, évoluant depuis plusieurs années. La douleur a débuté à la suite d'un effort de soulèvement onze ans auparavant. Depuis, le patient accuse, de façon épisodique, des sciatalgies droites résolutes sous traitement médical. Mais depuis quatre mois, la douleur est persistante et invalidante, rebelle aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires, nécessitant l'arrêt de travail.

. L'examen clinique confirme la sciatalgie de type L5, avec signe de Lassègue à 50°, sans trouble neurologique objectif déficitaire.

. La saccoradiculographie, effectuée quelques jours auparavant à l'H.I.A. Begin, met en évidence une hernie discale volumineuse L4 L5 droite, et refoulant le cul de sac dural. Par ailleurs, on note un méga cul de sac et un appui important des lames de L5 sur le fourreau dural ainsi qu'une ensellure lombaire prononcée.

. La 1ère intervention, réalisée le 18 avril (Pr D...) : "incision postérieure médiane centrée sur l'apophyse épineuse de L5. Exposition de la racine L5 par voie interlamolaire.

Cette racine est entourée de veines épidurales volumineuses qu'il faut coaguler une à une. La racine est soulevée par une volumineuse hernie en voie d'exclusion. Ablation de la hernie.

L'ouverture du L.C.V.P est agrandie au bistouri fin, ce qui permet de compléter l'excision discale. Après curetage du disque, contrôle de l'hémostase et fermeture plan par plan sans drainage".

. Les suites opératoires immédiates sont simples et le lever autorisé le lendemain, devant la disparition de la sciatalgie. La rééducation s'effectue progressivement, avec réapparition progressive de lombalgies s'exacerbant en fin de séances de kinésithérapie.

. La reprise progressive de l'activité professionnelle est ralentie par les lombalgies persistantes à tel point qu'une nouvelle sacroradiculographie est effectuée le 12 juillet : "retrécissement important et irrégulier du cul de sac dural jusqu'en L5 avec disparition de la visibilité des racines droites à ce niveau. Les lames de L5 appuient sur ce fourreau dural et cette empreinte est bien évidente sur les clichés de 3/4.

. La 2ème intervention est effectuée le

11 septembre 1979, cinq mois après l'intervention initiale.

Protocole opératoire (Pr D...) : "reprise de l'ancienne incision. On effectue une laminectomie de L5. La dissection du bord supérieur des lames de L5 est rendue difficile par l'absence de graisse périurale et l'intervention antérieure. Le ligament jaune L4 L5 est engagé au niveau du canal médullaire. Il est ôté ainsi que le tiers inférieur des lames de L4 . La racine L5 droite est vérifiée, entourée de tissu cicatriciel, sans fragment discal. On retrouve l'incision du L.C.V.P. et on complète le curetage du disque. Mise en place d'un drainage aspiratif. Fermeture plan par plan".

. Les suites opératoires sont spectaculaires :

disparition immédiate des lombalgies car, compte-tenu du faible délabrement ostéo-musculaire, la rééducation est immédiatement entreprise. Le 24 octobre 1979, le patient reprend sans réserves, son activité professionnelle.

. Récemment revu en consultation, il a repris

une activité sportive à titre personnel comprenant tennis et planche à voile... : la symptomatologie fonctionnelle a totalement disparu.

Commentaires :

Cette observation illustre parfaitement le cas d'un équivalent de canal lombaire étroit localisé, que nous avons retrouvé de façon analogue 15 fois. Nous avons exclu de cette étude tous les canaux étroits serrés "congénitaux ou acquis" initialement révélés par des lombalgies et qui n'entrent pas dans le cadre de la population de référence.

Ce 4ème groupe comprend donc :

- le traitement chirurgical d'une hernie discale typique
- la persistance ou la réapparition d'un syndrome lombalgique lors de la rééducation
- la réintervention consistant en une laminectomie de L5 (8 fois), L4 (1 fois) ou étendue (6 fois) à deux ou trois étages.

Il concerne 15 observations, soit 18 % des réinterventions et 1,7 % de la population de référence.

L'anomalie de rapport fourreau dural-par rapport à canal rachidien, a, semble-t-il, été suspectée 11 fois en préopératoire.

. Soit il s'agissait, radiographiquement, d'un cul de sac dural paraissant étroit, engainé dans un canal rachidien peu large, bien que n'ayant pas bénéficié de mesures téléradiographiques.

. Soit il s'agissait d'un méga cul de sac dural avec empreinte parfaitement objectivée des lames de L5, surtout bien visible sur les clichés de 3/4 de la saccoradiculographie.

L'insuffisance de l'acte chirurgical a été redressée secondairement dans un délai souvent inférieur à un an (8 observations) ou compris entre 1 et 5 ans (6 observations). Un seul cas a été "redressé" à plus de 5 ans.

Les résultats fonctionnels de ce groupe ont été très satisfaisants. Il convient de signaler que la plupart des patients concernés ont souhaité cette réintervention pour l'amélioration de leurs performances professionnelles voire sportives.

Bien qu'il s'agisse de "symptomatologie persistante", ce groupe apporte les meilleurs résultats fonctionnels.

* OBSERVATION 5 :

. Monsieur DAV..., 41 ans, capitaine d'un Régiment d'Infanterie de Marine, est admis le 22 février 1965 à l'H.I.A. du Val-de-Grâce, pour sciatalgie gauche S1 évoluant sur un mode trainant depuis deux ans.

. Le début de la maladie s'est révélé par un lumbago d'effort se transformant en quelques jours en sciatalgie. Ce patient, extrêmement sportif, parachutiste de métier, présente une douleur tout-à-fait évocatrice d'une hernie discale L5 S1 gauche avec La —

sègue à 40°, mais il est noté une discrète hypoesthésie du dos du pied et de la face antéro-externe de la jambe gauche.

. La saccoradiculographie effectuée le

23 février 1965 objective "un cul de sac dural bien développé avec intégrité du sac et des gaines radiculaires. On notera cependant un rétrécissement arciforme du sac dural en arrière du disque L4 L5 sous forme d'une dépression régulière de sa paroi antérieure sur une hauteur relativement importante : image en faveur d'une protrusion discale simple".

. Le malade est opéré le 26 février 1965, avec le diagnostic de discopathie L4 L5.

Protocole (Pr. B...) : "mise à nu de la racine L5 gauche par voie interlaminaire selon la technique habituelle. Elle est entourée d'un important lacis veineux et refoulée en-dedans et en bas par une protrusion discale nette. Incision du L.C.V.P. : de petits fragments de disque font saillie spontanément. Ablation du disque à la pince. Curetage de l'espace. Hémostase. Fermeture plan par plan.

. Les suites opératoires sont simples mais

la douleur réapparaît dans le mollet gauche, moins vive, après quelques jours de mobilisation. La rééducation progressivement entreprise laisse persister cette douleur moins typiquement discoradiculaire mais néanmoins invalidante et rebelle.

. Une nouvelle saccoradiculographie est pratiquée le 29 mars 1965 : "image pratiquement équivalente à celle obtenue lors du précédent examen".

. Ceci conduit à proposer une réintervention le 2 avril 1965 : protocole de la 2ème intervention (Pr. T...) : "incision sur l'ancienne cicatrice. Mise à jour des gouttières vertébrales des deux côtés. Laminectomie de L5 et exploration de l'espace L4 L5 en clivant de nombreuses adhérences : on ne trouve pas de compression nette de la racine L5 gauche. La cavité du disque L4 L5 est libre. Coagulation du plan fibreux marginal postérieur qui paraît faire une petite saillie. Exploration de l'espace L5 S1 : protrusion discale nette. Incision du L.C.V.P. et extraction à la pince de fragments discaux dégénérés. Curetage soigneux de l'espace. Coagulation d'une veine variqueuse située dans le sinus duro-radiculaire de S1.

Fermeture plan par plan sur drainage".

. Les suites sont extrêmement simples, avec disparition totale des douleurs. Reprise totale des douleurs. Reprise de l'activité professionnelle avec emploi sédentaire durant trois mois. Puis reprise de l'activité sportive en Septembre 1965. Cet officier a poursuivi ensuite sa carrière en unité parachutiste opérationnelle.

Commentaires :

Cette observation illustre parfaitement le danger représenté par certaines formes, atypiques cliniquement, de sciaticques, difficilement exploitables radiographiquement : la double symptomatologie L5 et S1, l'impression radiographique de discopathie L4 L5, ont conduit à explorer l'étage L4 L5 sans explorer l'étage sous-jacent.

Il s'agissait pourtant d'une discopathie à double étage. Le souci légitime de l'opérateur de proposer une intervention limitée afin de sauvegarder l'intégrité osseuse et musculaire l'a poussé à se contenter de l'exploration d'un seul étage et la découverte d'un disque effectivement suspect l'a conforté dans son indication.

Retrospectivement, l'opérateur reconnaît, de façon objective, qu'il aurait été possible d'envisager l'hypothèse de

double discopathie et, la conviction de nécessité de cure chirurgicale étant acquise, de proposer le traitement en un temps de cette lésion.

Notons qu'il s'agissait, à cette époque, d'une exploration radiographique au méthiodal* ; actuellement ce patient bénéficierait d'une exploration beaucoup plus sensible et anodine à la métrizamide (* AMIPAQUE), voire d'une phlébographie complémentaire.

Nous avons trouvé 20 observations de ce type, soit :

- 24 % des réinterventions
- et 2,2 % de la population de référence.

Ce 5ème groupe comprenant :

- les réinterventions pratiquées chez des malades présentant, telle cette observation, une double discopathie dont une quiescente secondairement révélée (16 observations).
 - les erreurs d'étage manifestes (4 observations) qui ont nécessité le recours à la réintervention dans un délai moyen de quinze jours.
- . La double discopathie a toujours été suspectée, sinon cliniquement, du moins radiographiquement. Les opérateurs souhaitant minimiser autant que possible le geste opératoire se sont rattachés à l'élément de plus forte présomption. La réintervention survient alors : dans un délai souvent inférieur à 1 an (13 observations), moins souvent dans un délai compris entre 1 et 5 ans (7 observations).

. L'erreur d'étage, à l'origine d'une "intervention blanche" a toujours été corrigée rapidement avec d'excellents résultats.

Nous pouvons donc estimer que ce 5ème groupe concerne les erreurs d'appréciation :

- grossières lorsqu'il s'agit de manifestes erreurs d'étages
- plus subtiles lorsqu'il s'agit d'appréciation par défaut de la réalité lésionnelle.

Autant les erreurs d'étage sont assorties d'excellents résultats fonctionnels, autant les doubles discopathies sont grevées de séquelles lombalgiques témoins d'un profond déséquilibre statique rachidien dont la hernie discale n'est qu'un élément.

* OBSERVATION 6 :

. Monsieur DAN... Jean-Luc, 31 ans, sergent-chef, est hospitalisé le 19 mars 1979 à l'H.I.A. du Val-de-Grâce, pour sciatique L5 gauche persistante après cure chirurgicale de hernie discale L4 L5 en Janvier 1978 dans une autre formation hospitalière militaire.

. L'histoire clinique, avant la 1ère intervention, comporte une sciatalgie L5 gauche rebelle et trainante à laquelle manque un signe de Lassègue net et l'impulsivité à la toux. Malgré

le traitement médical et une immobilisation plâtrée, aucune amélioration n'est constatée, ce qui conduit à pratiquer une saccoradiculographie. Celle-ci aurait mis en évidence une mauvaise visualisation de la racine L5 gauche, sans image typique de hernie discale.

- . L'intervention pratiquée en Janvier 1978, par voie interlaminaire, permet l'excision d'une protrusion discale et la libération radiculaire.
- . Les suites opératoires sont troublées par la persistance de lombalgies et d'une sciatalgie discrète de type L5.
- . La reprise du travail est autorisée en Septembre 1978, soit huit mois après l'intervention, et, le syndrome douloureux persistant, l'emploi doit être stoppé en Mars 1979.
- . L'examen clinique met en évidence une raideur lombaire importante, une douleur sciatique bilatérale de type L5 sans impulsion à la toux. Le signe de Lasegue est à 60° des deux côtés. L'examen neurologique objectif est normal.
- . Une saccoradiculographie est pratiquée le 20 mars 1979 : "remaniement post-opératoire au niveau du fourreau dural au niveau de la voie interlaminaire. Elargissement en tromblon de la racine L5 gauche à hauteur du disque L4 L5,

bien visible sur les clichés de 3/4.

Conclusion : suspicion de hernie discale L4 L5 latérale gauche récidivante".

. 2ème intervention le 27 mars 1979 : indication de laminectomie et d'exploration des deux étages L4 L5 et L5 S1 (Dr L...) :

"reprise de l'incision. Dès l'ouverture de la peau, on découvre un tissu très remanié qui fait penser à un aspect séquellaire de sepsis. La laminectomie partielle de L4 est facilement retrouvée. Laminectomie de L5 dont le bord supérieur a laissé une empreinte marquée sur le fourreau dural. Le fourreau dural est très épais, difficile à refouler pour l'exploration des racines. Aucune protrusion discale n'est mise en évidence à l'étage L4 L5. Le disque L5 S1 est mou ce qui incite à l'exciser : effectivement dès l'ouverture du L.C.V.P. issue d'un disque manifestement dégénéré. On revient sur la racine L5 gauche afin de la libérer au maximum : excision au plus près de la fibrose péri-durale et foraminostomie. Fermeture plan par plan sur drainage".

. Le lendemain de l'intervention, le malade allègue une amélioration fonctionnelle. L'enthousiasme ne dure pas, car, moins de 15 jours

plus tard, la symptomatologie antérieure réapparaît sur un mode insidieux.

. Les différents traitements médicaux et physiothérapiques n'amélioreront pas la situation.

Une cure thermale, à Lamalou-les-Bains, de trois semaines soulage temporairement la douleur, mais une réhospitalisation est nécessaire en Juillet pour saccoradiculographie : "aspect amputé de la racine L5 gauche. Les racines S1 droite et gauche sont mal analysables. Aspect irrégulier du cul de sac dural de face, qui apparaît rétréci dans le sens transversal : aspect de fibrose péri-durale".

. Depuis, le malade a repris un emploi à temps partiel, sans aucune amélioration fonctionnelle.

Commentaires :

Ce type d'observation, que nous avons retrouvé 4 fois, constitue 5 % de la population des réinterventions et 0,4 % de la population de référence.

Ce 6ème groupe est caractérisé, d'emblée, par l'imprécision clinique dès la première intervention. Pour les observations que nous avons pu étudier, le conflit disco-radiculaire est tron-

qué dès le départ, imprécis et les explorations radiologiques font toujours état de "discrète amputation radiculaire" ou "protrusion peu nette".

La première intervention n'a pas mis en évidence de hernie discale nette, mais une protrusion simple, et les suites ont été émaillées de séquelles douloureuses persistantes.

La seconde intervention pratiquée deux fois dans un délai relativement court (inférieur à un an et demi) a été deux fois proposée, en désespoir de cause au-delà de dix ans. Les commentaires opératoires font état deux fois d'"arachnoïdite", une fois de "fibrose périurale" et une fois d'"ostéophytose marginale postérieure" avec dilatation variqueuse des veines périurales.

Ce groupe, également, est grevé d'un redoutable pronostic fonctionnel puisque aucun de ces malades n'a été amélioré par la première puis la seconde intervention ; il s'agit donc d'échecs retentissants de la thérapeutique des sciaticques. L'acte opératoire a, de surcroît, engendré une sinistrose socialement non améliorable.

B - R E S U L T A T S D E L ' E T U D E A N A L Y T I Q U E

Sur le modèle des observations que nous venons de décrire, nous établirons un tableau récapitulatif des données des 82 réinterventions que nous avons pu analyser avec précision. (cf. tableau P.52)

Plusieurs constatations apparaissent au vu de ce tableau : l'utilisation, en abcisse, du critère temps, c'est-à-dire du délai existant entre les deux interventions, fait apparaître des disparités majeures selon les groupes de malades :

1°) - Les trois derniers groupes :

- . canal lombaire étroit
- . insuffisance d'exploration ou erreur d'étage
- . et en partie, les "divers" regroupent les diagnostics opératoires imprécis faisant état d'"arachnoïdite" ou de "fibrose périurale".

représentent, au total, 47,5 % des réinterventions, soit 4,4 % de la population de référence.

Il s'agit d'une population à "symptomatologie persistante" (SICARD). Nous n'avons bien sûr pas la prétention d'affirmer que les 841 opérés échappant à ce qualificatif aient été purement et simplement guéris par la première intervention. Nombre de lombalgiques persistants ou de séquelles douloureuses de sciatiques parésiantes n'ont

pas été réopérés et ne sont donc pas répertoriés dans cette étude.

D'autre part, une partie de cette population de référence a certainement échappé au "suivi thérapeutique" : et dans ces cas, il s'agit souvent de malades déçus d'un échec chirurgical. Nous espérons seulement compenser ce défaut d'appréciation par un nombre égal de patients opérés dans d'autres formations et qui se sont secondairement adressés à l'équipe neuro-chirurgicale du Val-de-Grâce.

Cette population "à symptomatologie persistante" ne présente qu'exceptionnellement la même symptomatologie qu'en pré-opératoire. Sauf dans le cas de l'erreur d'étage manifeste, vite décelée, il s'agit de l'apparition d'une symptomatologie masquée par le caractère très marquant de la sciatique.

Il en est ainsi, par exemple, pour les malades du groupe 4, présentant un canal lombaire étroit localisé à la région L4 L5 : une meilleure étude de la symptomatologie lombalgique ancienne ayant précédé la sciatique hyperalgique, la meilleure appréciation des données sacroradiculographiques, auraient permis de réaliser en un seul temps une laminectomie décompressive et la discectomie, évitant ainsi la réintervention.

L'autre caractéristique de ce groupe est représentée, outre l'absence d'intervalle libre, par le relativement court délai de reprise chirurgicale. Il oscille entre :

- quelques jours (erreur d'étage) : 10 jours
- et quatre ans (canal lombaire étroit).

exception faite de deux cas d'arachnoïdite explorés, en désespoir de cause, plus de dix ans après l'intervention primitive.

2°) - Les trois premiers groupes d'observations

réunissant : . les hernies discales à un étage différent (22)

. les récidives au même étage

- qu'il s'agisse du même côté (8)

- ou du côté opposé (13)

représentent 52,5 % de la population des réinterventions et 4,8 % de la population de référence.

Il s'agit d'une population à "symptomatologie réapparue" dans laquelle nous trouvons, effectivement, au sens anatomique du terme, les véritables récidives, c'est-à-dire celles apparaissant au même étage quelque soit le côté. La véritable "récidive" de hernie discale ne représenterait donc que 21 cas soit 25 % des réinterventions et 2,3 % de la population de référence.

La symptomatologie est alors superposable à celle qui précédait la première intervention, hormis le trajet différent d'une sciatalgie par atteinte d'un autre étage ou d'un autre côté. Il s'agit alors d'une "seconde hernie discale apparaissant chez un patient présentant des antécédents d'une affection du même type".

L'autre caractéristique de ce groupe est représentée par l'existence d'un intervalle libre et par le délai beaucoup plus long de reprise chirurgicale :

Ce délai varie de :

- . de 1 à 5 ans dans 16 observations sur 43
- . de 5 à 10 ans dans 15 observations
- . et est supérieur à 10 ans dans
12 observations.

		t < 1 an	1 an < 5 ans	5 ans < 10 ans	t > 10 ans	
Groupe 1	Hernie étage différent		5	9	8	Symptomatologie réapparue 52,5 %
Groupe 2	Hernie même étage côté opposé		6	4	3	
Groupe 3	Hernie même étage même côté		5	2	1	
Groupe 4	canal lombaire étroit	8	6	1		Symptomatologie persistante 47,5 %
Groupe 5	Exploration insuffisante erreur d'étage	13	7			
Groupe 6	Arachnoïdites Fibrose périurale	1	1		2	

C - R E S U L T A T S D E S R E I N T E R V E N T I O N S

Sans vouloir optimiser trop les résultats de cette série, il apparait nécessaire d'évoquer le bon pronostic des réinterventions.

(2) (10) (24)

Il est logique de ne pas les analyser globalement, mais groupe par groupe, tel que nous les avons présentés au chapitre précédent :

1°) - Le groupe 1 :

qui concerne les réinterventions pour hernie discale à un autre niveau, est assorti d'excellents résultats fonctionnels. 15 des 22 patients avaient une activité professionnelle les contraignant physiquement. L'intervention initiale n'a jamais été pour eux un obstacle à la reprise de cette activité et la seconde intervention a été proposée dans d'excellentes conditions de préparation musculaire et psychologique. Tous ont repris leur activité professionnelle antérieure et il est licite de considérer la seconde hernie discale comme une pathologie "de coïncidence". (25)

2°) - Les groupes 2 et 3 :

qui concernent les réinterventions pour véritables récives, au sens anatomique du terme, sont également assortis de bons résultats fonctionnels. Globalement,

cette catégorie se rattache à la précédente. Néanmoins, c'est entre les deux interventions qu'apparaissent les prémices de la récurrence, caractérisées par les lombagos à répétitions, aussi violents que fugaces, jusqu'à l'épisode sciatalgique nécessitant la reprise.

Aucun handicap professionnel majeur n'a été, à notre connaissance, retrouvé dans ce groupe. Les séquelles lombalgiques ou sciatalgiques ne sont pas mentionnées avec précision mais, chez aucun de ces patients, il n'est noté de longues suites fonctionnellement invalidantes.

3°) - Le groupe 4 :

concernant l'association méconnue de canal lombaire étroit de niveau L4 ou L5 semble être celui où la satisfaction est la plus appréciable. Le passé lombalgique, masqué par la sciatalgie, se révèle après la première intervention. L'étude rétrospective de ce passé, la visualisation radiographique d'une empreinte agressive des lames de L4 ou de L5 sur le fourreau dural (saccoradiculographie) incitent à proposer rapidement une laminectomie décompressive aux résultats fort encourageants. Ce geste complémentaire est radical dans le cas de lombalgies post-opératoires devant l'hypothèse d'un canal lombaire étroit. (3) (13)

4°) - Le groupe 5 :

représenté par les erreurs d'appréciation dans l'étendue des discopathies, ou par les erreurs manifestes d'étage, sont en revanche assorties de résultats médiocres. Exception faite des 4 erreurs manifestes d'étage, (14) corrigées dans un délai inférieur à 15 jours, dont les résultats fonctionnels ont été excellents, les patients sont tous restés lombalgiques (14) (23).

Dans cette série, de 20 observations, 14 reprises de travail ont été tardives, avec modification des postes d'emploi : passage en emploi sédentaire. L'un des malades, deux ans et demi après réintervention, n'a pas repris d'activité professionnelle.

5° - Le groupe 6 :

représenté par les réinterventions pour "arachnoïdites", "fibrose périurale", "ostéophytose marginale postérieure"... constitue les véritables échecs : non améliorés par la première intervention, ils sont restés fonctionnellement handicapés par la réintervention, voir, pour deux d'entre eux, subjectivement aggravés. (1) (7) (8) (20) (21) (14)

Cette appréciation des résultats ne concerne que les malades pour lesquels l'équipe neuro-chirurgicale a proposé la réintervention. Elle ne fait donc pas état des résultats de la première intervention, et il serait insensé d'imaginer que les 802 patients non réopérés, au moins par les soins de l'équipe dont nous étudions les observations, ont été guéris de leur sciatique d'origine discale. Néanmoins, les 82 observations prises en compte, qui constituent 9,2 % de "récidives" au sens large du terme, et qui ont bénéficié des réinterventions, en ont tiré bénéfice dans 64 cas. Les échecs manifestes se trouvent dans le groupe 6 (arachnoïdites... fibrose périurale : 4 cas) et dans le groupe 5 (exploration insuffisante - discopathies étagées) se retrouvent les "assez bons résultats" pour reprendre la classification de LECUIRE et COLL (16).

* Les très bons résultats, après réinterventions, concernent les malades qui n'ont plus souffert de leur névralgie sciatique. Tous ces malades ont pu reprendre leur travail au cours des six mois suivant l'intervention.

Cette rubrique concerne 64 malades, soit 78 % de la population des réinterventions, score analogue à celui proposé pour intervention de première intention par BELLAVOIR (2) à propos de 641 interventions (70,8 %). Ce score est également analogue à ce qui propose SIMONIN (27) dans une série regroupant des malades de trois formations hospitalières (72 % de résultats bons et très bons).

* Les résultats "moyens" concernent les malades qui continuent à accuser la persistance de lombalgies ou de crampes. Néanmoins, la reprise de l'activité professionnelle en emploi sédentaire, sans contrainte physique, s'est avérée simple.

Cette rubrique concerne 14 malades soit 17 % de la population des réinterventions, chiffre analogue à celui de BELLAVOIR (2) (22,4 % de sa série).

* Les échecs concernent les malades non améliorés voire aggravés par la réintervention. La reprise de l'activité professionnelle a été tardive, même impossible dans un cas. Ceci concerne 4 malades (4,8 % de la population de réintervention), pourcentage très sensiblement inférieur à la série de BELLAVOIR (2) (6,8 %).

Globalement, la réintervention ne semble donc pas grevée d'une plus lourde morbidité que l'intervention initiale. Les résultats statistiques ne sont pas plus péjoratifs que ceux des séries des interventions primitives prises en considération.

L'appréciation comparative de la littérature concernant les séries de réinterventions étudiées presque exclusivement est plus nuancée :

- SICARD, en 1951 (25), à propos de 48 réinterventions, conçoit la reprise chirurgicale comme une arme thérapeutique à part

entière, à ne pas hésiter à proposer et qui ne grève pas le pronostic fonctionnel de séquelles plus lourdes que la chirurgie de première intention.

- FELDMANN en 1977 (10) note également que le pronostic global des réinterventions se pose dans les mêmes termes que celui d'une première intervention, et n'est pas plus mauvais. Les différences de pourcentage avec notre série s'expliquent vraisemblablement par la différence de recrutement des malades (incidence importante des facteurs "professionnel et "accident du travail").
- LAW en revanche en 1978 (14) à propos de 53 observations, est plus pessimiste en ce qui concerne la reprise chirurgicale, qu'il s'agisse de sciatique persistante ou de sciatique réapparue.

C H A P I T R E I I I

Conclusion des Etudes
Statistiques et Analytiques

A l'issue de ces analyses, il est permis de soulever deux questions :

- * Est-il possible de diminuer la fréquence des réinterventions ?
- * La réintervention constitue-t-elle un moyen thérapeutique à part entière ?

A - A la première question, "Est-il possible de diminuer la fréquence des réinterventions ?",

nous répondrons affirmativement, du moins en théorie.

En effet, le traitement chirurgical de la sciatique est conditionné par l'idée du "bon acte au bon moment". Ceci implique trois niveaux d'appréciation :

1°) - Appréciation du principe de la cure chirurgicale :

- L'indication du traitement chirurgical est actuellement bien codifiée : sciatiques paralysantes, sciatiques hyperalgiques, sciatiques rebelles ou trainantes sont justiciables de sanction radicale à des degrés divers. Le seul élément subjectif réside dans l'appréciation du délai pré-opératoire en ce qui concerne la sciatique rebelle : l'influence des contraintes socio-professionnelles tend à raccourcir ce délai qui oscille actuellement entre 3 et 6 mois (4) (11)

2°) - Appréciation de l'indication tactique :

Bien entendu, il ne s'agit que de sciaticques d'origine discale, mais c'est à ce niveau que résident les divergences entre les partisans :

- de l'acte élargi d'emblée avec laminectomie de principe et exploration des deux étages
- et ceux de l'acte très limité à un seul côté et à un seul étage, même s'il existe quelques signes radiographiques de canal lombaire étroit limité, cliniquement peu parlants.

3°) - Enfin, appréciation de la réalisation technique.

De l'avis des opérateurs, l'abord chirurgical d'une hernie discale, bien qu'apparemment simple, nécessite minutie, gestes non agressifs vis à vis des éléments nobles, et surtout "expérience", quand il s'agit de la libération d'une racine incluse dans un fragment discal, ou quand il s'agit du curetage du disque.

Ce "Bon acte au bon moment" peut alors prétendre diminuer la fréquence des réinterventions, mais seulement en ce qui concerne les sciaticques persistantes. (4) (11) (29)

En effet :

- * la méconnaissance d'un canal lombaire étroit associé aurait pu, quinze fois, être évitée (3)

- * en ce qui concerne "les discopathies étagées" (groupe 5)
ou les erreurs d'étage, de la même façon, une meilleure approche clinique ou radiographique, une technique rigoureuse auraient permis, peut-être, d'éviter une partie des 20 réinterventions. (23) (3) (10) (12)

- * en ce qui concerne les "arachnoïdites", ou les "fibroses péri-durales"... il s'agit plus sûrement d'erreurs d'indication de la chirurgie, ces quatre malades présentant, d'emblée, des distorsions radio-cliniques avant la première intervention. (1) (13) (20) (21) (28) (30).

En revanche, en ce qui concerne les sciatiques réapparues il semble plus difficile de diminuer la fréquence des réinterventions.

En effet :

- * les hernies discales survenant à un autre étage, après intervalle libre de longue durée, sont, peut-être, le résultat d'une pathologie discale dégénérative, mais à laquelle il est difficile de proposer une sanction radicale d'emblée. Ce groupe 1 a, d'ailleurs, bénéficié rapidement des résultats fonctionnels les meilleurs après chacune des interventions. (23) (24) (25) (26)

* en ce qui concerne les hernies discales au même étage, qu'il s'agisse du même côté ou du côté opposé, le geste opératoire initial semble, de façon manifeste, à mettre en cause. Pourtant les récurrences sont tardives et leur traitement chirurgical bien supporté.

Nous n'avons pas trouvé d'explication valable pour ces groupes 2 et 3 :

que la première intervention ait été limitée à l'ablation du fragment hernié, ou que l'excision discale ait été la plus complète possible, la récurrence est survenue dans la même proportion et dans les mêmes conditions. Il s'agit probablement d'un fragment discal se libérant secondairement et se comportant comme une nouvelle hernie. (23) (24) (25) (26)

Au total de la série étudiée, une trentaine de réinterventions auraient pu être évitées : appréciation purement hypothétique tant est grande la diversité des tableaux cliniques initialement analysés qui, de plus, ne tient pas compte de l'important facteur psychologique.

B - A la seconde question : "La réintervention constitue-t-elle
un moyen thérapeutique à part entière?"
nous répondrons également affirmativement.

L'analyse des résultats obtenus chez 82 malades met en évidence
un taux de résultats satisfaisants de 95 % (78 % de très bons
résultats et 17 % d'assez bons résultats).

Le taux d'échecs avec retentissement professionnel est de 5 %
environ.

Ces résultats sont analogues à ceux des séries les plus importantes
concernant la première intervention (LEQUIRE (16) - BELLAVOIR (2)).
Il est nécessaire de les moduler compte tenu des modalités particu-
lières de recrutement du milieu militaire.

La qualité des résultats de ces réinterventions incite d'ailleurs,
actuellement, les opérateurs à ne pas retarder une réintervention
dès lors que la notion de conflit mécanique persistant ou récidiv-
ant leur est apparue (4) (29)

En définitive, la réintervention, bien que souvent "mal vécue"
psychologiquement puisque opposée à une "récidive", doit être consi-
dérée comme un moyen thérapeutique utilisable dans l'arsenal de la
sciaticque d'origine discale.

C O N C L U S I O N

Notre étude concerne 86 réinterventions pratiquées pour sciaticques d'origine discale, sur une population de 884 malades traités en milieu militaire, de 1965 à 1979. 82 observations cliniques sont parfaitement exploitables.

Deux catégories de malades s'opposent :

- * La première catégorie concerne les malades présentant une symptomatologie persistante après l'intervention initiale :
 - . la symptomatologie strictement identique à ce qu'elle était avant intervention (4 cas) est le résultat d'erreur technique manifeste (erreur d'étage, fragment discal oublié...) amenant à la reprise très précoce.
 - . une symptomatologie révélée après intervention est le résultat d'une lésion négligée ou méconnue ; disque adjacent lésé ou canal lombaire étroit masqué par une sciatique hyperalgique (35 cas). Une meilleure approche clinique et radiographique peut permettre d'éviter cet écueil ; néanmoins le souhait des opérateurs de réaliser d'emblée une intervention peu délabrante, (voie interlaminaire) permet d'expliquer, sans les excuser, ces échecs qui conduisent à une réintervention précoce (délai d'un an).

- * La seconde catégorie concerne les malades présentant, après intervalle libre, un syndrome de conflit disco-radiculaire

manifeste, semblable (21 cas) ou non (22 cas) à celui de l'épisode initial, mais toujours assimilé, par le patient, à une authentique récurrence. La réintervention a alors été proposée en fonction des mêmes critères d'opérabilité que pour la première intervention : délai et résistance au traitement médical.

La première catégorie est la seule susceptible de réduction, par meilleure approche diagnostique pré-opératoire. Une intervention large d'emblée (laminectomie et exploration des deux étages L4 L5 et L5 S1) aurait permis de limiter cette série, au prix de séquelles plus lourdement ressenties.

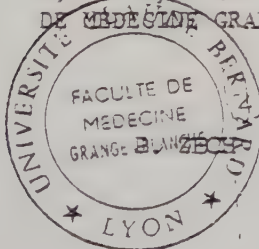
Si quatre malades, échecs persistants de la première intervention, n'ont pas été améliorés après réintervention, sans qu'aucune explication rationnelle, "mécanique" n'ait pu être apportée, 78 malades ont été largement améliorés par la reprise chirurgicale, bien que le recul des observations les plus récentes soit insuffisant. Tous ces malades ont pu reprendre leur activité professionnelle et sportive, quelque soient les contraintes inhérentes à leur situation particulière au sein de la communauté militaire (pilotes d'hélicoptères, commandos, parachutistes entre autres...). Le souci constant de ne pas léser professionnellement leurs patients a incité les opérateurs à proposer rapidement une réintervention dès lors que la notion de conflit mécanique persistant ou récidivant leur est apparue.

Si la chirurgie n'est qu'un compromis thérapeutique en matière de hernie discale, la réintervention ne doit pas être considérée comme un pis-aller mais comme une solution thérapeutique à part entière n'influençant pas péjorativement le pronostic à long terme, et lorsque la notion de conflit mécanique rebelle apparaît, rien ne doit s'opposer à proposer une reprise chirurgicale aussi bien supportée qu'à priori redoutée. La meilleure approche diagnostique préopératoire, la rigueur technique et l'expérience devraient naturellement tendre à limiter la fréquence des réinterventions.

Le Président de la thèse,
(nom et signature)

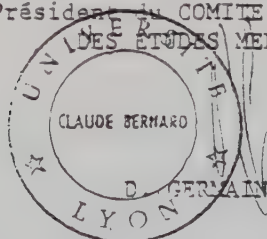
J. LECUIRE

Vu, le Doyen de l'UER FACULTE
DE MEDECINE GRANGE-BLANCHE,



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 29 SEP. 1980

Le Président de l'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD
Président du COMITE DE COORDINATION
DES ETUDES MEDICALES,



B I B L I O G R A P H I E

Hormis quelques ouvrages de base indispensables à la compréhension du sujet, seules les publications ou les communications concernant les réinterventions après chirurgie discale ont été consultées.

1 - BARAF Patrick

La fibrose post-opératoire - diagnostic et prévention

A propos de 38 dossiers de sciatiques récidivantes

Thèse Médecine Paris 6 - 1979

2 - BELLAVOIR Alain

Etude statistique par ordinateur des résultats de la chirurgie
discale pour névralgie sciatique

Thèse Méd. Lyon 1972 - N° 198

3 - BESEL R. ; ASSMANN H. ; REICHELI J.

Zum Aussagewert der postoperativen Dimer X - myélographie

Neuro-chir Deutsch - 1978 - 39 n° 1

4 - BOUCHARD C.

Résultats éloignés et traitement chirurgical dans les lombo-
sciatiques rebelles

Thèse Méd. Strasbourg - 1974 - N° 71

5 - BOUCHARD C. ; TRANIER J. ; CHAUVET J.

Sciatique et interventions chirurgicales, à propos de 458 cas

"Ann Méd. Internes" 1972 - 123 (Juin Juillet) N° 6/6

6 - BOUVIER M.

Analyse d'une statistique hospitalière de 500 cas de névralgie
sciatique commune.

Thèse Méd. Lyon 1961 N° 35

7 - CASSINARI V.

Recidiva di lombosciatalgia negli operati di ernia discale.
Indicazione e limite della radicotomia posteriore.

Minerva Med Italie 1977 68 N° 9

8 - CHAOUAT Y.

Les sciaticques "mal guéries" par la chirurgie.

Rhumatologie 1974 - 26.1.29

9 - CAMUS J.P

Les sciaticques en dehors de la hernie discale.

Rev. Prat. 1972 - 11 septembre 1972

10 - FELDMAN G.

Sciatique d'origine discale. Réintervention pour récidence.

Thèse Med. 1977 - Paris Pitié N° 17

11 - GALIBERT P. ; DELCOUR J. ; GURNEWALD P. ; LENCAUCHEZ J.F

Le traitement chirurgical de la hernie discale ne s'adresse
pas aux sciaticques dites "rebelles"

Sem. Hop. Paris 1971 - 47

12 - GIRARD B.

Chirurgie - Réintervention - sciatique

Thèse Méd. 1976 Paris Bichat - N° 265

13 - GUTTERMAN P. ; SHENKIN H.A ;

Syndromes associated with protrusion of upper lumbar inter-
vertebral discs - Results of surgery

J. Neurosurg. 1973 - 38 April N° 4

14 - LAW J.D. ; LEHMAN R.A.W. ; KIRSCH W.M

Reoperation after lumbar intervertebral disc surgery

J. neurosurgery - U.S.A - 1978 48 N°2

15 - LE BUISSON M.C

Sciatiques opérées et à réopérer

Paris Lariboisière 1972

Mémoire pour le C.E.S. de Rhumatologie.

16 - LECUIRE J. et COL.

641 interventions pour névralgies sciatiques par hernie discale

Etude statistique par ordinateur des résultats.

Neuro-Chirurgie 1973 - 501 - 12-septembre.octobre 1973

17 - MATTMANN E.

Problème des récidives après intervention pour hernie discale
lointaines.

Schweiz - Arc Neurol Psychiat. 1971 - 108 N° 1

18 - MONTALANT P.

Résultats à distance des interventions pour sciatique (85 cas)
Etude particulière des échecs post-opératoires
Thèse Méd. Paris 1964

19 - PADOVANI M.P.

Les complications et les échecs de la chirurgie discale pour
sciatique.

Bulletin Acad Nat de Méd. 1968 - 132 . 32-33

20 - RICHARDS J.L. ; MATOLO N.M.

Malignant schwannoma - Report of a case mimicking lumbar disk
disease

Amer Surgeon U.S.A 1979 45 N° 1

21 - ROSENFELD M.

A propos de sciatiques par anomalies veineuses épîdurales
Une observation de sciatique S1

Rev. Rhum. 1972 - 39

22 - ROUGERIE J.

Les récurrences après opération pour sciatique.

Table ronde sur la chirurgie de la sciatique.

Act Rhum présenté aux Prat. 1971 - 8ème cahier Ann expansion
Editeur.

23 - SEZE S.

Les ennuis de la chirurgie discale. Complications, opérations
blanches, échecs récurrences.

Rev. Prat. 1972 - 22 - 3177-3182

24 - SICARD A. ; GERARD Y.

Réopération pour sciatique

Jour. Chir. Paris 1959 - 78 - 113-131

25 - SICARD A.

Les causes des échecs dans le traitement opératoire des hernies
discales

Press. Méd. 1951 - 64 - 1323-1324

26 - SICARD A. ; BANAI M.

Sciatique controlatérale après cure de hernie discale

Jour. Chir. 1976 - 112 N° 6

27 - SIMONIN J.L.

Résultats de la chirurgie de la sciatique après le 3ème mois

Vie médicale 1971 - 3 - 3263-3269

28 - SMOLIK E.A. ; NASH F.F

L'arachnoïdite lombaire - Complications dès l'opération des
disques intervertébraux.

Ann Surg. 1951 - 133

29 - THIRY B.

Résultats du traitement chirurgical des sciaticques rebelles
(d'après une statistique de 268 observations).

Thèse Lyon 1960.

30 - ULM C.

Contribution à l'étude du neurinome lombaire

(à propos de deux cas opérés antérieurement pour hernie
discale).

Thèse Méd. Paris - 6 - 1978.

31 - VIGNON G. ; SITE J. ; MEUNIER P. ; CHATIN B. ; MEGARD M. ;

DESCOS L. ; COUPRON P. ; NEMOZ G. ; FALCOZ H. ; BOISSEL J.P

Enquête statistique par ordinateur sur le traitement chirurgical
de la névralgie sciatique discale.

Rev. Rhum. 1970 37 465-475

T A B L E D E S M A T I E R E S

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : Etude de la population	4
A - Méthode de travail.....	5
Matériel d'Etude	
B - La population de référence	8
Etude statistique :	
1° - données concernant le sexe	
2° - données concernant l'âge	
3° - données concernant la profession	
4° - données concernant le niveau	
d'intervention	
C - Etude des Récidives	12
Approche statistique	
1° - données étiologiques	
2° - aspect clinique et paraclinique de la	
première intervention - résultats.	
3° - la réintervention	
CHAPITRE II - Etude analytique des réinterventions	23
A - Analyse des observations de réintervention..	24
Observation 1	
Observation 2	
Observation 3	
Observation 4	
Observation 5	
Observation 6	
B - Résultats de l'étude analytique	48
1° - les trois derniers groupes	
2° - les trois premiers groupes	

C - Résultats des réinterventions	53
---	----

- 1° - groupe 1
- 2° - groupe 2 - 3
- 3° - groupe 4
- 4° - groupe 5
- 5° - groupe 6

CHAPITRE III - Conclusion des Etudes Statistiques et Analytiques	59
---	----

A - Diminuer la fréquence des réinterventions	60
---	----

B - La réintervention, moyen thérapeutique à part entière	64
--	----

CONCLUSION	65
------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	69
---------------------	----

TABLE DES MATIERES

